



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)
**EVALUACIÓN DEL NIÑO PARA EL NIVEL DE ATENCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS
 DE CUIDADO INTERMEDIO PARA RETARDADOS MENTALES (ICF/MR)
 NECESIDADES ACTUALES DE APOYO**
 CHILD'S ASSESSMENT OF ICF/MR LEVEL OF CARE
 CURRENT SUPPORT NEEDS
 (Para niños desde su nacimiento hasta los 12 años)

NOMBRE	NÚMERO DDD	FECHA DE LA DERIVACIÓN INICIAL O LA REVISIÓN ANUAL
--------	------------	----------------------------------------------------

- Se requiere que los niños, desde su nacimiento hasta los cinco (5) años de edad, tengan cinco (5) de los nueve (9) puntos señalados con un asterisco (*) marcados a la izquierda de la línea.
- Se requiere que los niños, desde los seis (6) hasta los doce (12) años de edad, tengan cinco (7) de los nueve (9) puntos señalados con un asterisco (*) marcados a la izquierda de la línea.

*** 1. ¿Qué clase de ayuda necesita el niño para vestirse o asearse con respecto a otros niños de su misma edad?**

<input type="checkbox"/> A Necesita mucha ayuda en cuanto a asistencia física completa, entrenamiento y/o terapia física intensiva para vestirse y asearse.	<input type="checkbox"/> B Necesita ayuda moderada en cuanto a asistencia física hasta cierto punto y/o entrenamiento y/o terapias para vestirse o asearse	<input type="checkbox"/> C Necesita que le recuerden o que le indiquen cómo vestirse y asearse adecuadamente.	<input type="checkbox"/> D En edad adecuada (quizás necesite ayuda física) para vestirse y asearse.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*** 2. ¿Qué clase de ayuda necesita el niño para ir al baño con respecto a otros niños de su misma edad?**

<input type="checkbox"/> A Necesita mucha ayuda en cuanto a asistencia física completa. Necesidad de entrenamiento intensivo y/o terapia diaria para ir al baño por sí solo.	<input type="checkbox"/> B Necesita ayuda moderada en cuanto a asistencia física hasta cierto punto, entrenamiento estándar y/o terapia constante.	<input type="checkbox"/> C Necesita indicaciones o recordatorios.	<input type="checkbox"/> D Va al baño por sí solo o tiene ayuda física en el lugar para ir al baño por sí solo.	<input type="checkbox"/> E En edad adecuada.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------

*** 3. ¿Qué clase de ayuda necesita el niño para comer por sí solo con respecto a otros niños de su edad?**

<input type="checkbox"/> A Necesita mucha ayuda en cuanto a asistencia física completa, entrenamiento físico intensivo y/o terapia diaria.	<input type="checkbox"/> B Necesita ayuda moderada en cuanto a asistencia física hasta cierto punto, entrenamiento estándar y/o terapia constante.	<input type="checkbox"/> C Necesita ayuda por medio de indicaciones y recordatorios con respecto a los buenos modales y apariencia cuando come.	<input type="checkbox"/> D En edad adecuada (quizás necesite ayuda física) para comer.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

*** 4. ¿Qué ayuda necesita el niño para desplazarse de la misma manera en que lo hacen otros niños de su misma edad?**

<input type="checkbox"/> A Necesita mucha ayuda en cuanto a asistencia física completa para movilizarse, entrenamiento intensivo y/o terapia diaria.	<input type="checkbox"/> B Necesita asistencia moderada, como la ayuda de alguien para desplazarse o podría utilizar o aprender a utilizar aparatos de adaptación o podría necesitar entrenamiento estándar.	<input type="checkbox"/> C Necesita intervención moderada en forma de entrenamiento o indicaciones físicas para gatear/ correr/ caminar correctamente.	<input type="checkbox"/> D Necesita estimulación para gatear/correr/ caminar.	<input type="checkbox"/> E No necesita de ningún tipo de ayuda, el niño gatea/corre/camina acorde a su edad.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*** 5. ¿Qué clase de ayuda necesita el niño para comunicarse como lo hacen otros niños de su misma edad?**

<input type="checkbox"/> A Actualmente, alguien debe determinar y comunicar las necesidades del niño.	<input type="checkbox"/> B Por medio de entrenamiento intensivo o asistencia terapéutica, el niño podría adquirir habilidades verbales o de señas para hacerse entender.	<input type="checkbox"/> C Con ayuda física (aparato de adaptación, intérprete), el niño siempre se comunica.	<input type="checkbox"/> D No necesita de ninguna ayuda y/o está en edad adecuada.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

6. ¿Qué clase de ayuda necesita el niño para aprender a usar el dinero?

<input type="checkbox"/> A El niño no tiene edad suficiente para entender sobre el dinero.	<input type="checkbox"/> B La familia debe crear situaciones especiales para que el niño gane o gaste dinero.	<input type="checkbox"/> C Necesita aprender sobre gastar y/o ganar dinero acorde a su edad.	<input type="checkbox"/> D Necesita indicaciones y/o recordatorios para completar transacciones relacionadas a ganar o gastar dinero.	<input type="checkbox"/> E No necesita de ninguna ayuda. Aprovecha por su cuenta las oportunidades para gastar o ganar dinero típicas de niños de su edad.
------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

* 7. ¿Qué clase de ayuda necesita el niño para tomar decisiones y hacerse responsable?

- | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A
Necesita mucha ayuda en forma de asistencia técnica o especializada para la familia o docentes y por parte de los mismos para crear oportunidades para ayudar/ estimular la toma de decisiones y la responsabilidad. | <input type="checkbox"/> B
Necesita ayuda moderada por parte de la familia o los docentes en el sentido de que éstos deben crear y explicar una variedad de oportunidades para la toma de decisiones y la responsabilidad. | <input type="checkbox"/> C
Necesita ayuda moderada en forma de explicaciones sobre las opciones disponibles para tomar decisiones y hacerse responsable. | <input type="checkbox"/> D
No necesita de ayuda alguna. Ya utiliza diferentes oportunidades para tomar decisiones (actividad, comida, etc.) y hacerse responsable (actividades, interés propio, etc.). | <input type="checkbox"/> E
El niño no tiene la edad suficiente para tomar sus propias decisiones. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

* 8. ¿Qué clase de ayuda necesita el niño para explorar el ambiente que lo rodea?

- | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A
Necesita mucha ayuda en forma de asistencia técnica especializada para la familia o los docentes y por parte de los mismos para idear formas para estimular al niño a explorar y pedir ayuda. | <input type="checkbox"/> B
Necesita de asistencia física o de entrenamiento moderado para la familia y docentes y por parte de los mismos para idear formas y oportunidades para que el niño explore y pida ayuda. | <input type="checkbox"/> C
Necesita de ayuda en forma de estímulo verbal o de la presencia de alguien de su confianza para que el niño explore el ambiente que lo rodea y pida ayuda. | <input type="checkbox"/> D
No necesita de ayuda alguna y/o está en edad adecuada. Ya explora sin problemas el ambiente que lo rodea (puede utilizar aparatos de adaptación) y pide ayuda como lo hacen otros niños de su edad. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

* 9. ¿Qué clase de asistencia es necesaria para satisfacer las necesidades de salud terapéutica del niño?

- | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A
El niño necesita atención médica o de salud o controles realizados por profesionales por lo menos una vez al día. | <input type="checkbox"/> B
El niño necesita controles por parte de profesionales de la salud con regularidad (mensualmente, semanalmente). | <input type="checkbox"/> C
El niño necesita asistencia diaria y/o controles por parte de terceros. | <input type="checkbox"/> D
Necesita terapia y/o controles progresivos constantes de sus necesidades de salud a través de sistemas de salud comunitaria. | <input type="checkbox"/> E
No es necesaria la ayuda especializada. Las necesidades de salud y terapia del niño se satisfacen por medio de sistemas de salud comunitaria. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

*** 10. ¿Qué servicios de asistencia debería proveer el sistema para ayudar a la familia del niño a continuar cubriendo sus necesidades de salud?**

<p><input type="checkbox"/> A</p> <p>Se necesita ayuda significativa y básica para el niño y sus padres. El niño está o se encuentra en riesgo de ser separado de su hogar.</p>	<p><input type="checkbox"/> B</p> <p>Se necesita/solicita asistencia básica; por ejemplo: se solicitan más de dos días de relevo al mes, derivación a amas de casa; pedido de entrenamiento a largo plazo en el control del comportamiento, se necesitan aparatos o modificaciones ambientales a gran escala y/o costosas; se requiere el contacto frecuente con el administrador de caso.</p>	<p><input type="checkbox"/> C</p> <p>Se necesita/solicita asistencia externa moderada; por ejemplo: solicitudes de relevo constante, supervisión intensiva del comportamiento pero a corto plazo, derivación para ayuda en la capacitación de los padres, derivación a servicios de cuidados diurnos, y/o solicitud de contacto constante con el administrador de caso.</p>	<p><input type="checkbox"/> D</p> <p>Se requiere/solicita ayuda externa mínima, por ejemplo: solicitudes de relevo ocasional, derivaciones a grupos de asistencia para padres, y/o el administrador de caso ayuda en la obtención de aparatos de adaptación.</p>	<p><input type="checkbox"/> E</p> <p>No se necesita ayuda externa. La familia ya ha obtenido todos los aparatos de adaptación necesarios.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

11. ¿Qué clase de ayuda necesita el niño para relacionarse con la familia del modo en que lo haría un niño de su edad sin discapacidades?

<p><input type="checkbox"/> A</p> <p>Las oportunidades del niño de contribuir a la vida familiar dependen totalmente de terceros para mantener y explicar el papel que desempeña éste con relación a los otros miembros de la familia.</p>	<p><input type="checkbox"/> B</p> <p>Necesita de mucha ayuda en el sentido de que se crean oportunidades, diaria o semanalmente, para que sea considerado como un miembro activo de la familia y acepte responsabilidades familiares típicas.</p>	<p><input type="checkbox"/> C</p> <p>Necesita ayuda moderada en forma de aparatos adaptadores, entrenamiento y/o recordatorios para ser concebido como un miembro activo de la familia y aceptar responsabilidades familiares típicas.</p>	<p><input type="checkbox"/> D</p> <p>Necesita ayuda mínima para considerarse un miembro activo de la familia, ser concebido por los demás como un miembro activo de la familia y aceptar responsabilidades familiares típicas.</p>	<p><input type="checkbox"/> E</p> <p>No necesita de ayuda alguna para tener un papel activo en el núcleo familiar.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

12. ¿Qué clase de ayuda necesita el niño para poder utilizar y explorar los lugares de uso público como tiendas, parques y parques de juegos?

<p><input type="checkbox"/> A</p> <p>La familia necesita ayuda intensiva (quizás relevo) para seguir proveyéndole al niño asistencia física completa y así éste pueda utilizar los lugares de uso público típicos.</p>	<p><input type="checkbox"/> B</p> <p>Se requiere ayuda moderada. La familia debe idear formas para que su niño utilice estos lugares de la manera en que los utilizan los niños de su misma edad.</p>	<p><input type="checkbox"/> C</p> <p>Se requiere ayuda mínima. Quizás la familia desee sugerencias o asesoramiento sobre las diferentes maneras en que su niño podría utilizar los lugares típicos de manera constante.</p>	<p><input type="checkbox"/> D</p> <p>No necesita de ayuda alguna y/o está en edad adecuada. Utiliza estos lugares con frecuencia.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

13. ¿Qué clase de ayuda se necesita para que el niño en edad de juego, desarrolle habilidades en el juego con terceros?

A

Se necesita mucha ayuda por parte de terceros para asistir al niño a jugar. Los padres podrían solicitar aparatos adaptadores especiales y entrenamiento para estimular las habilidades de juego del niño en hogar suplente.

B

Se necesita ayuda moderada en forma de intervenciones verbales y/o físicas para ayudar al niño a jugar. Los padres podrían solicitar sugerencias o instrucciones sobre los métodos de ayuda para el desarrollo de las habilidades de juego del niño.

C

Se requiere asistencia mínima.

D

No se necesita asistencia y/o está en edad adecuada. Las habilidades de juego del niño se están desarrollando acorde a su edad.

14. ¿Qué clase de ayuda necesita el niño para tener la oportunidad de jugar con niños sin discapacidades?

A

Asistencia básica del sistema, por ejemplo: el sistema debe crear "programas" que permitan su interacción con niños sin discapacidades.

B

Ayuda moderada, por ejemplo: los padres deben crear oportunidades de contactos. Los padres pueden solicitar instrucciones sobre cómo facilitar estos contactos. El sistema podría proveerles asistencia estructural, por ejemplo: transporte, ambientes de juego públicos sin obstáculos, etc.

C

Ayuda mínima, por ejemplo: un poco de supervisión. Los padres podrían solicitar ayuda sobre cómo ampliar los contactos del niño o elegir contactos de edad más apropiada.

D

No se necesita ayuda.

FIRMA DEL ADMINISTRADOR DE CASO/RECURSOS

FECHA

INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THE NEEDS ASSESSMENT

1. Who determines ICF/MR level of care eligibility for waiver services?

A CRM or Social Worker is qualified to determine ICF/MR level of care eligibility. One or the other of these persons must sign the referral form at the end of the form to certify that the individual requires ICF/MR level of care.

2. How often must the ICF/MR level of care assessment be completed?

This assessment must be completed within 90 days of the initial referral date and at the time of the annual reassessment.

3. Can providers complete the ICF/MR level of care Supports Needs Assessment form?

No. They can give input to the CRM as to what they feel the current level of need is for that person. However, it is the CRM's responsibility to do the assessment, using the appropriate support needs assessment based on the best information available to him or her.

4. How do I answer questions if none of the choices accurately describe the person?

You can only choose one of the answers provided. **Do not add new boxes or new answers.** If the question is "not applicable," mark the lowest score and write an explanation in comments.

5. What assessment items must be addressed on the Plan of Care (POC)?

All assessment answers that are in BOLD on the form, must be addressed in the POC.

6. What if the score is too low to indicate ICF/MR level of care?

CRM Responsibilities:

- A. A supervisor/designee review is required to ensure the accuracy of the Current Support Needs Assessment.
- B. If, after review, the score is too low, answer questions #1, #3, #11, #18 and #19 on form 15-168. These questions identify Health and Welfare needs that are not addressed in 15-170A. Answer only these questions. Responses must be based on what is expected of others of the same age. Give specific examples to substantiate the choice selected. If any of the above answers are a bolded item, the support needs counts as one point toward the required score on 15-170A.
 - Attach 15-168 to the Waiver Eligibility Determination Checklist (10-274) regardless of the score.
 - If the score is sufficient to substantiate ICF/MR level of care, forward 15-168, 15-170A, and 10-274 to your Waiver Coordinator/regional designee.
 - The Waiver Coordinator/designee will review the packet and present the case to the ICF/MR level of Care Committee.
- C. If the score is still less than required, request additional documentation that provides evidence of the need for waiver services.
 - WAC 388-845-0085(2) This additional information may include occupational therapy (OT), physical therapy (PT), psychological, nursing, social work, speech and hearing, or other professional evaluations that reflect current needs.
- D. Review documentation and clearly identify any evidence to support need for waiver services.
- E. Give your Waiver Coordinator/regional designee the 10-274 and attach all documentation from steps B, C, and D.:
 - Waiver Coordinator/designee will review packet and present case to the ICF/MR level of Care Committee.

ICF/MR Level of Care Committee Responsibilities:

- A. The committee will determine if the documentation supports ICF/MR level of care eligibility.
- B. If the documentation supports ICF/MR level of care eligibility:
 - The decision will be recorded on Question #1 of form 10-274.
 - The Waiver Program Manager/designee will sign and date on the dotted line next to the question.
 - All supporting documentation shall remain attached. The Waiver Eligibility Determination form will be returned to the CRM for completion..
- C. What if the ICF/MR Level of Care Committee makes a determination that this individual does not meet ICF/MR level of care criteria?
 - The decision will be recorded on Question #1 of form 10-274.
 - The Waiver Program Manager/designee will sign and date on the dotted line next to the question.
 - All supporting documentation shall be attached. The Waiver Eligibility Determination form will be returned to the CRM.

7. Does the client have a right to appeal a determination that they do not meet ICF/MR level of care?

The client has a right to appeal:

- If the individual is requesting initial enrollment on a waiver send form 15-283 "HCBS Waiver Enrollment Request Notice of Denial".
- If the individual is currently on a waiver, send 10-298 "Notification of Termination From DDD HCBS Waiver".

8. Can there be an exception to policy for people when neither their assessment score nor supporting documentation indicate ICF/MR level of care?

No. This is a waiver requirement there are no exceptions to CMS rules.